

# RESEÑAS

---

## ATENCIÓN PRIMARIA Y EDUCACIÓN MÉDICA: UN APRENDIZAJE VIVENCIAL A TRAVÉS DEL RURALITO. COLOMBIA

*Yolanda Arango de Bedoya,<sup>1</sup> Alvaro Pedroza,<sup>2</sup> Gladys Balmás,<sup>3</sup>  
Liliana Erazo<sup>3</sup> y Ricardo López<sup>3</sup>*

---

### INTRODUCCION

La educación médica en Colombia forma parte del contexto que caracteriza a la sociedad como un todo, y es en ese amplio marco donde se inserta y desarrolla. Adquiere expresiones concretas que se rigen por las instancias ideológicas, políticas y jurídicas que constituyen las expresiones de fondo del entorno en el que se manifiestan las diversas modalidades de la educación médica. Las características de los planes de estudio se describen con particularidades regionales o universitarias pero en general responden al modelo médico según la organización social específica que lo predetermina y lo reproduce.

En general los planes de estudio de medicina descansan fundamentalmente en las ciencias básicas y clínicas. Los conocimientos se adquieren en los salones de clase, laboratorios, consulta externa y hospitales a través de docentes altamente especializados y subespecializados en las áreas mencionadas. La evaluación del alumno gira sobre todo alrededor de su capacidad de memorizar, valorada a través de una prueba de selección múltiple o presentación de casos donde se describe el daño a nivel orgánico y con un tratamiento médico.

---

<sup>1</sup> Universidad del Valle, Facultad de Salud, Cali, Colombia.

<sup>2</sup> Universidad del Valle, Facultad de Educación, Cali, Colombia.

<sup>3</sup> Universidad del Valle, Internado, Plan de Medicina, Estudiantes de pregrado, Cali, Colombia.

El estudiante adquiere así una actitud intrínseca frente a la atención del paciente con padecimientos que no son corrientes o rutinarios. A partir de este enfoque del conocimiento se configura el perfil de una medicina de corte biologicista, curativa e individualizada. El recién graduado ingresa así al mercado de trabajo y sus "clientes" constituyen el comienzo de una fase en su nueva función ya no como estudiante sino como médico, que según las premisas estatales debe responder a las necesidades del país.

### **EDUCACION MEDICA EN EL AREA RURAL Y ATENCION PRIMARIA**

Dentro de este contexto de la formación médica y de una organización social concreta solo ha sido posible lograr pequeños espacios educativos, como el denominado "Ruralito", que incorpora una dinámica diferente al proceso de enseñanza-aprendizaje.

La experiencia, que se realiza cuando promedia la carrera y durante las vacaciones del 6o. semestre del plan de estudios, está destinada a estudiantes voluntarios. En su conjunto constituye una modalidad que difiere del estilo educativo previamente descrito. La educación consiste en un proceso de observación, razonamiento, análisis, confrontación, evaluación y síntesis. Tiene lugar en el área rural donde el estudiante se integra progresivamente y donde la atención primaria es el pilar de la relación salud-comunidad.

El alumno convive con la cotidianidad de la región; él mismo se impone el ritmo de trabajo que básicamente es el contacto con el campesino, el niño, la mujer, el anciano, el trabajador o el líder, de quienes adquiere información de gran utilidad en la fase inicial. Además se relaciona con las instituciones de carácter religioso, educativo, recreativo, económico y de salud a través de las cuales recoge datos e indicadores que le permiten una visión general de la situación presente y pasada de la región. El mercado, las celebraciones cívicas, religiosas y culturales, así como las manifestaciones de los líderes políticos brindan elementos que contribuyen a sistematizar la "lectura" de la región.

La experiencia particular de cada estudiante se confronta con la de sus pares después de dos semanas de vivencia. (Se escoge un sitio de reunión adonde todos acuden). En este intercambio se compara la información obtenida a partir del análisis de variables económicas, sociales, culturales y educativas; dentro de esta descripción y análisis afloran interrogantes, cuestionamientos, interpretaciones entre los estudiantes y los docentes de las diversas disciplinas en salud y ciencias sociales.

El grupo de estudiantes se reintegra a la región asignada donde

la estrategia de atención primaria pasa a ser el nuevo centro de observación. El alumno participa de las actividades, revisa datos y establece el diálogo con el personal de salud y con la población cubierta por los programas. En esta fase articula los hallazgos en los servicios de salud con los hallazgos generales (históricos, socioeconómicos y culturales) y profundiza en algunas variables susceptibles de estudiarse dentro del período final de la experiencia.

Al reintegrarse al ambiente académico, para iniciar el ciclo de clínica, se efectúan reuniones "extras" en las que se intenta recoger la vivencia, reinterpretarla y comparar los hallazgos con los planteamientos teóricos que se han formulado a nivel internacional y nacional sobre atención primaria. Este período se prolonga indefinidamente y está sujeto a diversas modalidades: pláticas informales, asistencia a acontecimientos relacionados de alguna manera con la experiencia, revisión de documentos, intercambio de comentarios con colegas y profesores, así como una activa participación en las clases de salud pública. Puede asegurarse que el estudiante ha conscientizado el tema ante la intensa convivencia con los fenómenos observados.

El presente trabajo es un ejemplo de esta situación después de dos años de haberse realizado el "Ruralito 84". Se han recogido aquí las reflexiones de un grupo de estudiantes, algunas que por supuesto no son exhaustivas pues durante la práctica médica futura continuarán incorporando nuevas ideas.

## **EL APRENDIZAJE VIVENCIAL EN EL RURALITO**

La experiencia del Ruralito se inscribe dentro del proceso de formación profesional y científica del médico en la Universidad del Valle. Específicamente se ubica en el proceso de la formación del médico como salubrista (formación profesional) y como epidemiólogo (formación científica). El Ruralito como experiencia educativa no forma parte del plan general de estudios de la formación del médico, ya que es una iniciativa de algunos estudiantes y docentes, y por tanto una experiencia educativa autogestionada.

Se caracteriza como una experiencia de aprendizaje vivencial, o sea que se aparta de los métodos tradicionales de aprendizaje en la formación del médico y se sitúa por fuera de la dicotomía teoría-práctica, tan arraigada en la docencia universitaria. La experiencia vivencial no incluye la práctica de laboratorio, ni la del estudio de textos o fuentes secundarias de información. El aprendizaje vivencial constituye una relación directa con la realidad de la salud, sin que esta esté acondicionada para un propósito didáctico previamente establecido. La confrontación del estu-

dian­te con la ecología y las formas sociales de la salud-morbi­lidad es una práctica pedagógica que hace emerger en el estudiante de forma súbita una síntesis de su pensamiento médico, configurado hasta el momento del Ruralito por la Escuela Libresca (Facultad de Medicina). Es decir, el estudiante en la experiencia concreta del Ruralito asigna un valor específico a un conjunto de conocimientos enseñados y posiblemente aprendidos, pero hasta ese momento no asimilados.

El aprendizaje vivencial del Ruralito no deviene de una imposición académica sino de una disposición muy particular del estudiante, que vive simultáneamente dos procesos: uno de aprendizaje médico y otro de identidad o conflicto con la imagen profesional científica del médico que se desenvuelve en el medio universidad-aula-laboratorio-hospital-consultorio. Se trata por lo tanto de una inquietud —un mínimo de sensibilidad social, a veces representada en forma de conciencia política— que dispone al estudiante para desarrollar el aprendizaje vivencial.

Si bien el Ruralito es una experiencia a nivel grupal, hasta el momento ha constituido una práctica cuyos efectos se sitúan a nivel individual. Se ha podido observar que el aprendizaje vivencial marca profundamente las individualidades y genera comportamientos, actitudes e inquietudes profesionales y científicas que se diferencian claramente de las de los estudiantes regulares del plan de estudios. Sin embargo, no se ha podido verificar que por medio del aprendizaje vivencial del Ruralito se configure un compromiso-comportamiento de aprendizaje colectivo.

La inscripción y participación en el Ruralito es enteramente voluntaria, ajena al período regular académico de la universidad. Todavía no se sabe si el proceso natural (vía amistad-afinidad-empatía) de selección cubre a todos los estudiantes potenciales; en cambio se ha verificado que el proceso espontáneo-natural de selección incluye estudiantes acertadamente escogidos para la experiencia.

La relación docente-estudiante en la experiencia vivencial se transforma en una relación de colegas enriquecida por las posibilidades que tienen los estudiantes de relacionarse con profesionales de diversas disciplinas tecnológicas y sociales, hecho que no se da en la relación autoritaria y distante, típica de la enseñanza formal en las escuelas de medicina. En cierta medida el estudiante se eleva a la altura de los profesionales académicos y en cierta medida su comportamiento, su forma de relacionarse y de hablar está libre de la relación dominante que padece en la escuela y en el hogar. El encontrarse el estudiante sin la tutela del maestro y de la familia y al tener que enfrentar y resolver por sí mismo los problemas de su sobrevivencia durante tres semanas en la comunidad hacen que la personalidad individual se descubra ante sí mismo, se valore y se afirme como individuo autónomo. Al relacionarse con poblaciones extrañas deja de lado incluso la timidez y se ha constatado una elevada capacidad para desenvolverse en las relaciones con la comunidad.

Finalmente es importante señalar que el aprendizaje vivencial desarrolla una conciencia profesional del estudiante que se proyecta en un comportamiento posterior independientemente de la opción profesional-científica del educando: médico especialista o salubrista epidemiólogo.

## **REFLEXIONES DE LOS ESTUDIANTES**

La experiencia del Ruralito nació como una modalidad educativa diferente a la tradicional y poco utilizada en nuestra Facultad. Surgió como una forma de despertar la conciencia de los futuros profesionales de la salud sobre aspectos relacionados con la problemática de la población (en el amplio contexto donde se inserta), sobre el proceso salud-enfermedad y sobre la estructuración y funcionamiento del sistema nacional de salud, sobre todo en cuanto a la ejecución operativa de la estrategia de atención primaria. Esto se trató de conseguir mediante la convivencia con la comunidad y la participación en el quehacer diario de una población rural.

Para lograr los objetivos educativos se desarrollaron diferentes etapas. Al inicio se buscó la motivación para realizar la experiencia en el área rural. Posteriormente, y como parte del aprendizaje, se tuvo la libertad de orientar el trabajo sobre la base de las propias expectativas; así se logró que nos hiciéramos sujetos partícipes de nuestro propio aprendizaje. El conocimiento que se inició con una experiencia corta en la comunidad no terminaba allí sino que se continuaba tratando de ahondar de una manera crítica en todos los interrogantes que iban surgiendo como fruto de la vivencia, como un proceso que no tiene delimitación impuesta por formalidades académicas.

En este trabajo se hace un análisis y consideraciones importantes sobre la experiencia vivida, que han quedado registradas como una profunda marca dentro de nuestra formación médica.

## **LA EXPERIENCIA DEL RURALITO: SU SURGIMIENTO**

El Ruralito —que nació como una combinación de intereses y necesidades que se fueron acumulando durante varios años— se ha concebido:

- Como una alternativa para enfrentar al estudiante al contexto en el que opera el sistema de salud, dado que a través de la práctica docente habitual este se analiza fundamentalmente a través de materias y cursos.
- Como una nueva forma de trabajo, que no se había intentado

en el ámbito de nuestra Facultad, donde el estudiante es sujeto activo de su propio aprendizaje. Esta modalidad permite al estudiante encarar: a) la contradicción entre los marcos teóricos de salud y la realidad vivida y sentida por la población. Esta última es un reflejo de la problemática nacional, que afecta en general a todas las instancias de su organización social, y b) el trabajo de campo con las comunidades como una de las formas de apropiarse del conocimiento de la teoría/realidad, desconocidas por el alumno.

### ***Importancia del Ruralito***

En la formación médica se observa un gran vacío dentro del plan de estudios en sus niveles teórico-prácticos. Los conocimientos de la realidad social impartidos no brindan los elementos de juicio suficientes para tratar al paciente como un ser social integrado a su entorno familiar, ocupacional o cultural. Tampoco se conoce bastante el funcionamiento ni organización del sistema de salud y lo que es más importante, la estrategia prioritaria de atención primaria que es la célula de todo el sistema organizativo de salud pública.

Estas deficiencias impulsaron a una docente del Departamento de Medicina Social de la Universidad del Valle a realizar por segunda vez la experiencia en el área rural con un grupo de estudiantes de medicina, próximos a entrar al área clínica; dicha experiencia se llevó a cabo con la denominación de "Ruralito".

Antes y después del trabajo de campo se efectuaron actividades educativas tendientes a afianzar los conocimientos teóricos útiles para la práctica y necesarios para un mejor análisis de la experiencia. Para tal efecto se realizó un cursillo introductorio de discusión de las bases conceptuales del sistema de regionalización, funcionamiento del área hospitalaria y unidad de atención primaria, educación formal y no formal, epidemiología y caracterización socioeconómica de las zonas rurales del Valle del Cauca, especialmente en el área de trabajo. Este último contenido fue básico para interpretar los diversos factores que inciden en la población y que están insertos en su problemática de salud. Con posterioridad a la experiencia práctica se continuó con una serie de charlas, lecturas y diálogos que brindaron nuevos elementos de juicio y ampliaron la visión de lo observado a través de una reinterpretación periódica de nuestra vivencia.

### ***Lugar de la práctica***

El área de trabajo escogida fue la Unidad Regional de Buga (Departamento del Valle, Colombia) donde se seleccionaron zonas con diferentes características que fuesen representativas de cada municipio; en

total se eligieron siete áreas, una para cada uno de los estudiantes integrantes del grupo:

| <b>Areas</b>      | <b>Municipio de:</b> |
|-------------------|----------------------|
| La Magdalena      | Buga                 |
| Sanjón Hondo      | Buga                 |
| El Placer-Nogales | Buga                 |
| Todos Santos      | San Pedro            |
| Guabitas          | Guacarí              |
| Miravalle         | Yotoco               |
| Media Canoa       | Yotoco               |

Estas poblaciones se caracterizaron a través de variables socioeconómicas que permitieron interpretar los procesos agrícolas, industriales y de comercialización prevalentes.

### *Características de la región*

#### *A nivel económico*

De las áreas seleccionadas, El Placer-Nogales, La Magdalena y Miravalle tienen características rurales dado que, por su situación geográfica (zona montañosa y agreste) y por el difícil acceso a ellas, presentan una economía de poca influencia agroindustrial. En estas áreas existen pequeños minifundios en los cuales se cultivan hortalizas, cereales y leguminosas, productos que se utilizan como bienes de consumo interno y en menor cantidad como fuente de ingresos mediante su venta. En algunas regiones se cuenta además con ganado vacuno de donde se obtiene básicamente leche, cuyo mercado está monopolizado por una compañía transnacional.

En contraste con estas características rurales se encontraron otras áreas con mayor tendencia urbana como Media Canoa, Guabitas, Todos Santos y Zanjón Hondo. Son de topografía plana y predominan los cultivos de gran uso industrial como caña de azúcar, algodón, soya y millo. Para su comercialización se fomenta la creación de vías y medios de comunicación, convirtiéndose en zonas de penetración fácil y comercialización ágil, con lo cual se trata de dar solución a un problema económico pero no a un problema comunitario.

Por tener esta zona un fuerte predominio agroindustrial se observa el fenómeno del proletariado agrícola, persistiendo a su vez el jornalero, sin contrato fijo, lo que da origen a una inestabilidad económica porque solo durante lapsos breves se les llama para realizar actividades laborales. Esta situación obliga a las familias a desplazarse continuamente en busca de nuevas fuentes de trabajo, lo que conduce a una desintegra-

ción familiar y a una migración desordenada del campo a la ciudad, hecho que, a pesar de ser indeseable, está ocurriendo. En general en estas zonas el campesino enfrenta una difícil situación de dependencia económica debido a las relaciones sociales de producción existentes, a las deficientes fuentes de trabajo y a la falta de estabilidad y garantías laborales.

### *A nivel de organizaciones comunitarias*

Antes de entrar a analizar el proceso salud-enfermedad debemos mencionar que si bien el área socioeconómica es un factor importante y determinante en la caracterización de una población, hay que tener en cuenta las diferentes formas de organización comunitaria que de alguna manera condicionan sus formas de participación. Parece ser que el común denominador de todas las organizaciones comunales es el desconocimiento de los alcances que pueden tener las asociaciones grupales de base en las alternativas de solución de problemas sentidos por la comunidad. A su vez, el no plantearse objetivos que tengan resonancia frente a problemas específicos que a largo plazo beneficien a las comunidades rurales, constituye un tropiezo para la participación comunitaria y una de las más grandes dificultades para realizar las actividades comunitarias en salud.

La experiencia que se relata aquí tuvo lugar en plena época electoral y pudo observarse cómo los movimientos políticos hacen uso de estas asociaciones grupales y cómo, mediante el tráfico de promesas, engaños y retribuciones personales, manipulan su opinión.

### *A nivel educativo*

El sistema educacional (generalmente primario) presenta también grandes contrastes. Las instituciones educacionales, si bien cuentan con una infraestructura operativa mínima, se encuentran en continuo deterioro por la falta de utilización debido a que no existe el personal docente disponible para llevar a cabo una adecuada actividad educativa.

En cambio se encontraron áreas donde sí existe una infraestructura mínima bien dotada con recursos humanos suficientes y un funcionamiento adecuado y continuo a pesar de estar padeciendo las ya conocidas dificultades económicas características en todo el país.

Debe resaltarse que independientemente del funcionamiento educacional hay una gran deserción escolar debido a la necesidad de una mano de obra gratuita que realice labores menores en sus hogares o en el campo.

El trabajo desarrollado en zonas geográficas con características agrarias y de comercialización diversas dio la posibilidad de obtener una visión integral que permitió hacer observaciones generales y particulares sobre el contexto rural en el que transcurre la vida de las comunidades.



## **UNIDADES DE ATENCION PRIMARIA: ANALISIS DEL PAPEL DE LOS AGENTES DE SALUD**

### ***Los agentes de salud***

La atención primaria como estrategia básica de promoción y protección específica de la salud fue escogida como componente central de la experiencia. El método seguido fue la permanencia durante tres semanas en contacto directo con la comunidad, conviviendo con ella totalmente y logrando así grados variables de integración. En general se trataba de estar lo más cerca posible de la realidad campesina y de las necesidades sentidas por la población, pues esto permitía hacer luego un análisis global y crítico de la experiencia e integrarla a los conocimientos y prácticas en nuestra formación médica.

### ***Promotora de salud***

Se pudo observar que existen grandes y diversos problemas para alcanzar los objetivos formulados en atención primaria. Por ejemplo, el modelo de capacitación de la promotora de salud ha sido diseñado de tal manera que no logra "formar" un agente de salud que pueda interpretar al problema social de la población atendida; su formación fundamentada en una educación rígida y tradicional, la limita en su función de liderazgo para enfrentar la problemática de salud. La formación de promotora obedece a una política nacional de extensión de cobertura donde se otorga más importancia a logros cuantitativos relacionados con extensión de servicios.

Asimismo no se logra conseguir una participación activa de la promotora que sirva de enlace entre la comunidad y el sistema de salud. Por su parte el educador en salud —quien conjuntamente con la promotora de salud debe diseñar programas educativos que respondan a las necesidades sentidas de acuerdo con las características de la población— no está articulado suficientemente con el trabajo comunitario. La capacitación que se le ofrece a la promotora pareciera desconocer las características geográficas, socioculturales y económicas de cada región.

Es fundamental que el resto del equipo de salud esté consciente del valor del trabajo de la promotora y ella se convierta en un elemento de consulta para la toma de decisiones que conciernen a la comunidad y la involucren. Cabe resaltar que la labor de promoción que realiza la promotora es valiosa porque precisamente se lleva a cabo en el seno de la familia. Este núcleo se concibe como un espacio adecuado para impulsar acciones tendientes a la creación de hábitos y actitudes frente al cuidado de su propia salud.

### ***Médico rural***

La formación médica está orientada básicamente a las acciones curativas, cimentadas en una formación teórico-práctica (muy lejana de la realidad del país) que parece disponer de todos aquellos métodos paracĺnicos “sofisticados” para llegar a un diagnóstico correcto contando con el aporte de un tratamiento adecuado. Se observa que el médico rural al entrar a trabajar en una comunidad desconoce su papel en la prevención de las enfermedades y no tiene claro que una labor prioritaria es la educación en salud y el diagnóstico de la población para formular estrategias de trabajo dirigidas a actuar sobre estos. El médico rural no orienta su trabajo hacia las actividades de atención primaria, entre otras razones, por:

- Desconocimiento de la estrategia de atención primaria.
- Falta de información de su área de trabajo y de las condiciones socioeconómicas y culturales de la población donde ejerce su práctica.
- Falta de motivación para integrarse a ella y obtener este conocimiento.
- Limitación de tiempo, que resulta escaso para cubrir toda el área geográfica que le corresponde.
- Insuficiencia del sistema de salud para garantizar una adecuada labor preventiva.

### ***Equipo de salud***

Forman parte del equipo de salud (además de la promotora y el médico rural), la enfermera supervisora, las auxiliares, el promotor de saneamiento y el educador en salud. Se observa que su trabajo no ejerce el impacto suficiente. Pareciera que todo lo que acontece dentro de la comunidad fuese solo responsabilidad de la promotora de salud. Aparentemente no se los prepara lo bastante como para asumir su papel frente a la comunidad y mucho menos se intentan actividades planeadas de manera integral con objetivos comunes tendientes a dar solución y respuesta a los problemas que prevalecen en la comunidad. Cabe preguntarse si, entre otros muchos factores, el tipo de educación acrítica, dogmática y verticalizada propicia un agente de salud sin mística ni motivación que dificulta la realización de verdaderos programas de atención primaria.

### ***Comadronas***

La comadrona desempeña un papel primordial dentro de las comunidades estudiadas, pues son personas que viven dentro de la comunidad, tienen gran aceptación en virtud de su experiencia, su accesibili-

dad, la atención que prestan en el hogar y una serie de situaciones culturales que caracterizan su labor. Debido a la imposibilidad de ignorar este recurso, el sistema de salud ha optado por incorporar este tipo de agente de salud mediante una capacitación adecuada con el fin de mejorar la atención que brinda y disminuir los riesgos de morbilidad materna y neonatal. Sin embargo, se observó que no hay una buena aceptación por parte de la comadrona para integrarse al sistema formal, ya que esto implicaría en buena parte un cambio radical en su patrones de conducta, en su concepción e interpretación de los problemas de salud y en su manejo.

## CONCLUSIONES

Después de terminar la experiencia de rotación por unidades de atención primaria-Ruralito, se ha arribado a las siguientes conclusiones:

- La selección de un área de trabajo y la convivencia con la población demuestra que los problemas en materia de salud son tan evidentes a simple vista que nos proporcionan los elementos para visualizar la situación real del país.
- En las comunidades rurales existen malas condiciones de vida, que son un reflejo del deterioro progresivo que acompaña a la pobreza.
- El pauperismo y la falta de desarrollo rural que beneficie al campesinado es una secuela de la estructura socioeconómica que existe en Colombia, donde cada día la estratificación de clases es más marcada.
- Los problemas de salud, en este marco conceptual, no pueden ser entendidos ni abordados desde fuera del contexto de sus factores determinantes socioeconómicos y culturales.
- Si perduran las contradicciones estructurales sociales y económicas no será posible esperar cambios significativos y sustanciales que posibiliten los logros buscados a través de la meta de salud para todos en el año 2000.
- En la ejecución operativa del modelo de atención primaria de salud no se encontró correspondencia entre sus propósitos, sus herramientas metodológicas y la dimensión real de los problemas de salud de las comunidades en la medida en que:
  - Constituye un plan de acción que se aparta de las determinantes principales socioeconómicas que afectan la salud y el bienestar del hombre, de la familia y la comunidad.
  - Es una estrategia estatal autolimitada en el sentido de que queda restringida frente a sus propias limitaciones presu-

puestales, a la infraestructura instalada y a los recursos humanos disponibles.

- Las políticas estatales en salud pública históricamente destinan un bajo porcentaje de su presupuesto a estos programas; en forma paralela tampoco se promueve en las instituciones formadoras del recurso humano en salud programas curriculares que acentúen la atención primaria.
- El programa de atención primaria se ha convertido en una extensión de cobertura geográfica del sistema de salud vigente, con tendencia a la curación y no a la prevención de la enfermedad.
- No se está ofreciendo educación al equipo de salud para que participe en el diagnóstico, manejo y resolución de los diversos problemas sanitarios.
- Por último, se está descargando todo el peso de las actividades de atención primaria a la promotora de salud; sin embargo, no se la capacita adecuadamente, ni se la acompaña, auxilia y apoya en su labor ni tampoco se ofrecen suficientes programas de educación continua.
- El trabajo de equipo es imprescindible para el verdadero cumplimiento de los programas prioritarios.
- Desde todo punto de vista sería deseable continuar efectuando esta actividad en condiciones similares a la experiencia descrita en este trabajo.